

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE 301

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis ANGOT

Né à Cavigny, le 7 août 1883
Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris
De l'A. P. à Hendaye
et de l'hôpital de l'Institut Pasteur

A PROPOS DE

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

GRIPPE PSEUDO-PHYMIQUE

Président : M. CH. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

311

301

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis ANGOT

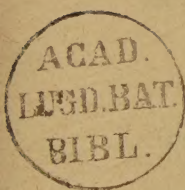
Né à Cavigny, le 7 août 1883
Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris
De l'A. P. à Hendaye
et de l'hôpital de l'Institut Pasteur

A PROPOS DE

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

GRIPPE PSEUDO-PHYMIQUE



Président : M. CH. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TESSIER
Anatomie pathologique.	X.
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de ma
profonde reconnaissance et de ma
grande affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur à la Faculté de Médecine

Médecin de l'hôpital Necker

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR BARBIER

Médecin de l'hôpital Hérold

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

Médecin de l'hôpital Beaujon

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTER

Chirurgien de la Pitié

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONOD

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENON

Médecin de l'hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien de la Pitié

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUPRÉ

Médecin de La Rochefoucaud

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

Chirurgien de Broussais

Internat provisoire :

MONSIEUR LE DOCTEUR TISSIER

Accoucheur de la Charité

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR SOUQUES

Médecin de Bicêtre

MONSIEUR LE DOCTEUR ENRIQUEZ

Médecin de la Pitié

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERRY

Médecin de la Pitié

MM. LES DOCTEURS LAUNAY, CAMPENON,

MORESTIN, BAUDET, RAMOND, VARIOT,

SAINTON, GRIFFON (*in memoriam*), LABEY,

JEANNIN, CATHALA, POULARD,

CASTEX, DARRÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

Directeur de l'hôpital Pasteur

A PROPOS DE
QUELQUES OBSERVATIONS
DE
GRIPPE PSEUDO-PHYMIQUE

INTRODUCTION

Il y a longtemps déjà que Graves, étudiant la symptomatologie des accidents pulmonaires de la grippe, avait remarqué la tendance fréquente des fluxions pulmonaires à se localiser au sommet, simulant ainsi la tuberculose pulmonaire.

Après lui, Teissier de Lyon, en 1893, dans son *Traité sur la grippe-influenza*, a repris avec un peu plus de détails le même sujet et donné à ces formes cliniques le nom de grippe « pseudo-phymique ».

Depuis, plusieurs auteurs, en particulier, Collet, Legendre, en ont relevé quelques observations. Le Dr Egger, dans sa thèse (Lyon 1894) a rapporté un certain nombre d'observations du professeur Teissier, et fait l'historique de la question.

Ce n'est donc pas un sujet nouveau que nous avons l'intention de traiter. Nous voulons seulement rappeler ces faits de grippe pseudo-phymique et en rapporter quelques observations, que, grâce à l'obli-

geance de notre maître, le Dr Barbier, nous avons pu recueillir dans son service d'enfants, à l'hôpital Hérold.

Si ce sujet n'est pas nouveau, par contre, il nous a semblé d'un intérêt clinique et pratique considérables.

Nous verrons, en effet, que les malades dont nous aurons l'occasion de retracer l'histoire, ont tous été des malades difficiles et que ce n'est pas d'emblée que le diagnostic a été posé, tant au premier abord, ils ressemblaient à des tuberculeux.

La grippe, en effet, dans ces formes particulières que nous verrons, avec ses signes généraux, amaigrissement, hyperthermie, tachycardie ; ses signes fonctionnels : abattement, dyspnée, toux, expectoration, et surtout avec ses signes physiques d'altération pleuro-pulmonaire, signes fixes en un point localisé du parenchyme pulmonaire, présente dans certains cas l'allure de la tuberculose la plus caractéristique.

C'est donc ce point bien spécial sur lequel nous désirons l'attention : il existe au cours ou pendant la convalescence de la grippe des foyers pleuro-pulmonaires localisés et fixes, simulant la tuberculose.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt pratique d'un tel sujet : tant pour le médecin qui, ayant ces faits présents à l'esprit, évitera une erreur de diagnostic, erreur lourde de conséquences, et pourra porter un pronostic bénin, comme nous verrons, que pour le malade à qui il ne sera pas indiffé-

rent d'être tuberculeux avancé, ou d'avoir simplement dans le poumon un foyer qui, au bout de quelques semaines, aura disparu.

Nous nous excuserons du nombre restreint de nos observations, mais les cas dont nous nous occupons sont rares : ce sont des exceptions cliniques, dont il convient d'être averti. Dans toutes nos observations, le premier diagnostic posé a été celui de tuberculose. En présence de tels malades, c'est le diagnostic clinique rationnel comme nous le verrons. Ce n'est que devant la bizarrerie de certaines manifestations cliniques, que le médecin a des doutes que le laboratoire vient confirmer.

FORMES CLINIQUES

DE LA GRIPPE PSEUDO-PHYMIQUE

FORMES PULMONAIRES. — FORMES PLEURALES

La grippe pseudo-phymique revêt des allures variées.

Dans certains cas, et ce semblent être les plus nombreux si l'on se tient aux observations de Tessier, il s'agit de malades qui présentent des lésions d'induration ou même de ramollissement du sommet : c'est ce que nous appellerons les formes pulmonaires. Celles-ci peuvent ressembler à la tuberculose aiguë, ou à la tuberculose chronique, soit que, ce qui est le plus fréquent à une phase aiguë de l'affection, avec phénomènes généraux marqués, succède une période ou sans réactions générales ou fonctionnelles, persistent les signes physiques, soit que d'emblée, sans presque de réaction, apparaissent ou du moins se présentent au clinicien, ces signes physiques localisés et fixes, empruntant le masque de la tuberculose.

Mais, à côté de ces formes pulmonaires, siégeant au sommet, formes classiques et qui d'après les auteurs seraient plus fréquentes, il en est d'autres

que nous avons eu l'occasion de voir plus souvent, sans doute parce que notre observation a porté exclusivement sur des enfants.

A cet âge, la tuberculose se localise aussi bien en un point quelconque du poumon qu'au sommet et c'est ce qui fait qu'un foyer fixe puisse toujours faire penser à la tuberculose.

Mais, surtout, il nous a semblé que dans ces cas, la grippe touche plus volontiers la corticalité du poumon et la plèvre, donnant lieu à des signes physiques d'interprétation difficile, pseudo-cavitaires souvent et même à des signes d'épanchement pleural.

C'est la forme pleurale déjà signalée par M. Teissier et dont nous avons la chance de posséder une observation avec autopsie.

Nous verrons successivement chacune de ces formes.

Et à propos de chacune de nos observations, nous n'aurons pas de peine à établir des ressemblances avec la tuberculose, et nous essaierons de mettre en lumière quelques symptômes qui nous paraissent aider au diagnostic.

FORMES PULMONAIRES

A. — FORMES SIMULANT LA TUBERCULOSE AIGÜE OU SUBAIGÜE

Voici tout d'abord le relevé de deux observations :

OBSERVATION I

(Teissier.)

Un malade entre dans le service du Dr Bonnet, avec fièvre continue, type inverse régulier, bronchite généralisée avec prédominance aux deux sommets, retentissement de la voix, exagération des vibrations thoraciques, râles fins en ce point, expectoration abondante et d'aspect nummulaire, sueurs profuses, amaigrissement marqué. C'était le tableau typique d'une tuberculose aiguë.

Le diagnostic qui semblait ne faire aucun doute fut rectifié. Grâce au mode de début brusque, à l'abondance de l'expectoration, et à ce fait que le malade était dans un milieu infecté de grippe.

L'évolution devait confirmer le diagnostic de grippe pseudo-phymique. Peu à peu le malade guérit. Au bout de

quelques semaines, après une convalescence assez longue, la guérison survint complète. Douze ans plus tard, aucune espèce d'accident n'était survenu.

OBSERVATION II (Personnelle)

M. F..., trois ans et demi, hôpital Hérold, salle Bazin n° 11.

Ce petit malade est amené à l'hôpital, le 23 janvier 1912, pour entérite, angine et congestion du sommet droit.

Il a eu la coqueluche au début de 1911.

Plusieurs mois après, cette coqueluche qui avait été bénigne, le malade est pris de diarrhée, 7 à 8 selles par jour, aqueuses, fétides, verdâtres avec fausses membranes. Cette diarrhée, accompagnée de coliques fatigue l'enfant qui, à son entrée, est pâle, amaigri, en mauvais état.

L'examen de l'abdomen montre un ballonnement latéral et sus-ombilical, en rapport avec la dilatation du côlon.

A la palpation du cou, ganglions nombreux, petits, durs.

On croit à une tuberculose en évolution d'autant plus que des signes pulmonaires typiques semblent confirmer le diagnostic.

Brusquement, depuis quelques semaines, à la suite de symptômes généraux de grippe, l'enfant s'est mis à tousser, à cracher.

Au poumon droit, matité absolue dans la demi-inférieure du poumon en arrière.

Au sommet, respiration soufflante avec râles humides.

Sous la clavicule, mêmes signes et matité absolue.

A la région moyenne du poumon, respiration affaiblie.

L'examen de la gorge montre une angine rouge et une infection pharyngée nette, avec tuméfaction des amygdales, pharynx sale et humide. Langue porcelainée.

Le diagnostic est hésitant, malgré qu'au premier abord, on pense à la tuberculose.

L'examen des crachats ne décèle aucun bacille de Koch.

2 mars. — Sous l'influence d'un régime alimentaire convenable, la diarrhée diminue d'intensité. Deux selles par jour. Les selles sont encore décolorées, mais sans glaires et sans fétidité.

Au poumon droit, matité en avant, sur les côtés et en arrière. Légère rétraction de la paroi du même côté. |

Disparition du murmure [vésiculaire à la base sans épanchement.

Au niveau de l'épine de l'omoplate, souffle avec râles humides.

Sous la clavicule, frottements, râles.

Dans la zone précordiale, bruit de va-et-vient.

En somme, extension des lésions pulmonaires, signes de ramollissement étendu, que la présence d'une légère péri-cardite contribue à faire croire tuberculeux. | Pouls à 120. Température 39 degrés. Pas d'albumine.

Même état du pharynx.

Intra-dermo-réaction est tout à fait négative.

7 mars. — Apparition sur la peau d'une éruption maculopapuleuse, rubéoliforme, mais à éléments petits avec léger soulèvement épidermique et légère desquamation.

Les éléments éruptifs ne disparaissent pas sous le doigt à la pression.

Au poumon, mêmes signes en avant et en arrière.

Léger frottement dans la région précordiale. L'enfant est pâle. Il a surtout la nuit des sueurs abondantes. La température est à 38°5, le pouls à 110.

De plus en plus, le malade prend l'aspect d'un tuberculeux. L'examen des crachats, à nouveau pratiqué, ne décèle aucun bacille.

13 mars. — L'éruption cutanée s'est atténuée. Elle devient jambonnée et tend à disparaître.

Au poumon, légère amélioration. Le souffle en arrière est moins intense, la respiration s'entend mieux à la base.

Le frottement péricardite persiste mais atténué.

L'état du tube digestif est meilleur. Le pharynx est toujours sale et humide.

L'enfant a perdu 600 grammes depuis quinze jours bien que s'alimentant suffisamment.

16 mars. — Amélioration. Disparition du souffle en arrière. La respiration s'entend à la base, accompagnée de quelques frottements.

L'état général est meilleur.

20 mars. — Au niveau du poumon droit, persiste seulement une légère submatité à la base.

En avant, sous le clavicule, la respiration est légèrement soufflante.

Le pouls est à 80, la température à 37°2.

Localement, toute semble fini.

Le petit malade reste pâle et amaigri.

La convalescence se prépare, on pense à rendre l'enfant à sa famille.

25 mars. — Réapparition brusque de nouveaux signes,

mais toujours au niveau du sommet droit. Signes de ramollissement. Matité, retentissement de la voix, souffle intense. Râles humides. Température 39 degrés. Pouls 120.

Le malade crache à peine, mais à nouveau l'examen est négatif au point de vue bacille de Koch.

L'enfant s'alimente bien. Son état général est stationnaire.

27 mars. — Les mêmes signes physiques persistent au sommet. La température est normale. L'état général s'améliore.

Les parents font sortir le petit malade de l'hôpital. Il peut aller et venir avec de tels signes physiques.

Pour tout médecin non prévenu et qui aura l'occasion de l'ausculter ce sera un tuberculeux.

Voici le résumé de deux observations de grippe pseudo-phymique, à forme de phtisie aiguë.

Le premier malade est absolument typique. Le second ne l'est pas moins, et à lire son observation, on a l'impression d'un enfant, devenu tuberculeux latent après sa coqueluche, et chez qui une poussée de tuberculose congestive aiguë est survenue au moment de son entrée à l'hôpital.

En somme, rien ne manque pour établir une comparaison entre la tuberculose et la grippe pseudo-phymique.

Les symptômes pulmonaires sont ceux d'un ramollissement du sommet, accompagné dans le premier cas d'une bronchite généralisée, dans le second, d'un foyer de congestion à la base droite. Rien qui ne ressemble à la tuberculose.

Les signes fonctionnels : toux, dyspnée, expectoration, sueurs ; les signes généraux : température, tachycardie, anémie, amaigrissement, asthénie, peuvent aussi bien être de nature tuberculeuse.

Pourtant, à y regarder de près, un certain nombre de symptômes vont mal avec une affaire tuberculeuse.

L'état général est atteint dans les deux cas. Le poison grippal affectionne le système nerveux et donne lieu à une asthénie marquée, que donne aussi la tuberculose aiguë. Mais, nous ne retrouvons pas dans la grippe, cet amaigrissement considérable qui est le propre de la phtisie aiguë.

Le pouls, dans la grippe, est en rapport avec la température. Il est rapide, mais fort et bien frappé. On sait que dans la tuberculose aiguë, s'il est rapide, il est surtout inégal et hypotendu. La température de la grippe n'a pas de caractère bien net, est assez éphémère en général, et suit l'évolution des lésions. Dans la tuberculose, quelle que soit la lésion pulmonaire, la température est élevée.

La toux n'est pas la même dans les deux affections. Il est fréquent de la voir quinteuse, coqueluchoïde, plus marquée la nuit dans la grippe.

Quant aux sueurs, elles peuvent être très abondantes dans les deux cas. }

Les crachats qui peuvent être nummulaires dans la grippe, ressemblent beaucoup à ceux de la tuberculose cavitaire. Mais ici, ils sont moins abondants et l'expectoration est de plus longue durée.

Si, à l'œil nu, les crachats se ressemblent, à l'examen microscopique, nous trouvons dans la grippe du streptocoque, du pneumocoque, du staphylocoque, ou souvent pas de bacilles.

Le tuberculeux, au moment d'une poussée aiguë, expectore des crachats qui contiennent des bacilles de Koch en abondance. S'il s'était agi de tuberculose dans nos observations, nous aurions trouvé une véritable purée de bacille sur chaque lamelle.

Cette absence totale de bacilles est un argument du premier ordre contre la nature tuberculeuse de telles lésions. Ajoutons même que le fait de trouver quelques rares bacilles de Koch ne saurait intrainer le diagnostic de tuberculose dans ces cas, car on peut admettre qu'un tuberculeux puisse faire un foyer grippal. C'est là un cas heureusement rare, d'un diagnostic extrêmement difficile.

Quant à l'intra-dermo-réaction, dans les cas particuliers, elle a été négative, c'est encore un argument en faveur de la nature non tuberculeuse de ces lésions. Nous verrons plus loin à y revenir.

En somme, voilà toute une série d'arguments, de valeur diverse, permettant de porter le diagnostic.

Ceux qui nous semblent avoir le plus de valeur, en dehors de l'analyse des crachats, c'est, tout d'abord le mode de début brusque. La tuberculose imprègne son malade avant de déterminer des accidents aigus, et dans les semaines qui précèdent, le malade est pâle, fatigué, anémié. C'est d'une façon brusque que commencent les accidents de la grippe.

L'évolution est toute différente. Dans la grippe, les choses marchent vite. En quelques jours, les signes physiques sont au complet. Au bout de quelques semaines, tout a rétrocedé, annonçant une guérison qui sera souvent prompte à venir.

Nous n'avons pas à insister sur l'évolution toute différente de la phtisie aiguë, plus longue à détruire un lobe pulmonaire dont l'évolution est traînante et presque toujours fatale. L'expectoration dans la grippe est plus abondante, plus nettement purulente et dure moins longtemps. Enfin, ce que nous ne trouvons pour ainsi dire jamais, au cours de la phtisie aiguë, nous avons dans la grippe, fréquemment, participation de la peau à l'infection, soit sous forme d'éruption toni-infectieuse, comme dans l'observation que nous avons signalée, soit plus souvent sous forme de véritable furonculose comme nous le verrons plus loin.

Tous les arguments que nous avons tirés, tant de la clinique que du laboratoire, séparent assez nettement ces gripes pseudo-phymiques de la phtisie aiguë, en particulier de ces formes de tuberculose aiguë congestive qui ressemblent le plus à ces formes de grippe.

Nous n'insisterons pas pour faire remarquer que ces foyers fixés et localisés de la grippe, restant les mêmes au même endroit du poumon, ne ressemblent en rien à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie, qu'ils n'ont ni la durée, ni la fixité des symptômes physiques, ni l'évolution de la grippe pseudo-phymique.

FORMES PULMONAIRES

B. — FORMES SIMULANT LA TUBERCULOSE CHRONIQUE

Dans un certain nombre de cas, à la suite d'accidents aigus comme ceux que nous avons vus, persiste dans le poumon, au sommet, un foyer fixé et localisé, ressemblant à un foyer de tuberculose chronique, tout au moins à l'auscultation.

D'autre fois, et quand on n'a pas assisté au début des accidents, c'est devant un foyer fixé et localisé que se trouve le clinicien.

Ce sont les mêmes lésions que précédemment, mais à marche plus lente, laissant dans le poumon des altérations chroniques. Ce qui fait surtout que l'on songe à la tuberculose, c'est leur siège au sommet. Empressons-nous de dire que la division schématique que nous avons faite entre les formes simulant la tuberculose aiguë et chronique n'a rien d'absolu.

Voici le résumé de deux observations :

OBSERVATION III

Une malade de cinquante ans, de forte corpulence, depuis plusieurs semaines à l'hôpital pour des phénomènes de

dyspnée urémique, présentait au niveau du sommet droit des symptômes nettement cavitaires : matité très accentuée, exagération des vibrations thoraciques, respiration très soufflante, presque tubaire, gros râles humides éclatant brusquement sous l'oreille, au moindre effort de toux. En même temps, on pouvait observer dans le crachoir de la malade une quantité énorme de crachats purulents. Pour tout médecin non prévenu, le diagnostic ne devait présenter aucun doute : il s'agissait de tuberculose.

Pourtant cette malade avait été auscultée à plusieurs reprises depuis son entrée à l'hôpital et rien de suspect n'avait été observé à ses sommets. En interrogeant la malade avec soin, on lui faisait dire que cinq à six jours avant de rendre ces crachats purulents, elle avait éprouvé un grand sentiment de lassitude, de courbature et de douleurs dans le côté droit. Depuis, elle avait de la fièvre. Mais tout cela ne l'avait pas tourmentée.

De plus, elle se trouvait à proximité de deux malades affectées de grippe.

En tenant compte de ces symptômes fonctionnels de malaise, de courbatures survenues brusquement, du voisinage d'autres malades atteints de grippe grave, de l'intensité et de la précocité de ce catarrhe purulent, survenant chez une femme qui n'avait auparavant aucune détermination thoracique, on affirma le diagnostic de grippe, ce qui permit de porter un pronostic tout différent.

L'avenir devait confirmer ce diagnostic.

D'abord, l'examen bactériologique des crachats réalisé à quatre reprises différentes, fut constamment négatif. Jamais on ne put y déceler un seul bacille de Koch.

De plus, l'expectoration purulente ne tarda pas à se tarir. Au bout de huit jours, elle était remplacée par quelques crachats visqueux et muqueux.

Les signes physiques constatés à l'auscultation et à la percussion s'atténuèrent sensiblement, si bien qu'au bout de quelques semaines, la malade à peu près rétablie, pouvait quitter l'hôpital.

Elle y revenait trois mois plus tard éprouvant des douleurs dans l'épaule droite et présentant une atrophie marquée du deltoïde du même côté.

L'examen permit de constater de la submatité au sommet droit dans la fosse sus-épineuse ; des craquements humides descendant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Quelques râles de même nature sous la clavicule. Pas de symptômes cavitaires. Toux quinteuse, expectoration modérée.

Après avoir ressemblé à s'y méprendre à une tuberculose cavitaire, au moment de son premier séjour à l'hôpital, elle y revenait avec les symptômes classiques d'induration du sommet avec pleurite concomittante.

Mais l'examen des crachats est encore négatif et malgré les apparences, le diagnostic de grippe est maintenu. Les phénomènes constatés sont mis sur le compte d'une pneumonie chronique, avec irritation pleurale et légère dilatation bronchique. Les névrites périphériques développées simultanément et ayant abouti à l'atrophie du deltoïde sont dues à la propagation de la pleurite aux nerfs de l'épaule.

Les choses en étaient là lorsque brusquement la malade présente de la fièvre, est prise d'oppression, de cyanose de la face. La poitrine s'emplit de râles, l'expectoration devient

purulente et abondante. Au bout d'une semaine, la malade succombe.

L'autopsie est particulièrement instructive. La mort est due à ces accidents de pneumonie bâtarde, d'origine grip-pale, donnant au poumon cet aspect violacé et pseudo-cédémateux classique dans ces cas.

Au sommet, pas trace de lésions tuberculeuses, mais simplement une pneumonie interstitielle avancée, constituée par de larges travées filières partant de la plèvre épaissie et s'étendant jusqu'aux bronches très évidemment dilatées.

Voici donc une malade qui, à deux reprises différentes, aurait été prise pour une tuberculeuse.

M. Tessier relate une autre cas de grippe pseudo-phymique, sénile, lui aussi fort instructif.

OBSERVATION IV

Une vieille femme artério-scléreuse, emphysémateuse, attendait à l'hôpital son placement pour l'hospice.

Un jour, la voyant tousser d'une façon persistante et la trouvant fort amaigrie, on l'ausculta. Aux deux sommets, des râles humides à grosses bulles et un souffle manifeste. Expectoration abondante et franchement purulente.

Sans doute, c'était une tuberculeuse qui bientôt serait emportée.

Mais comme elle se trouvait dans une salle où il y avait des malades atteints de grippe, comme elle affirmait s'être

mise à tousser et à cracher brusquement, on pratique l'examen des crachats.

Pas un seul bacille de Koch. En revanche, une véritable purée de diplo-bacilles.

La malade succombe au bout de cinq jours. A l'autopsie, congestion cedémateuse intense, dont le suc donne naissance à des cultures pures de diplo-bacille encapsulé. Pas trace de tuberculose.

On voit donc, quelles peuvent être, dans des cas comme ceux-ci, les difficultés du diagnostic, difficultés que la recherche du bacille de Koch fait en partie disparaître.

Pourtant, sans le secours du microscope, le diagnostic peut être fait.

« On peut être autorisé à porter le diagnostic de grippe pseudo-phymique, dit M. Teissier, lorsque l'on constate plus particulièrement en temps d'épidémie, des localisations pulmonaires du sommet, à début brusque, à catarrhe purulent précoce, catarrhe se tarissant presque aussi vite qu'il s'est développé, surtout lorsque ces déterminations se sont accompagnées des autres symptômes de la grippe. »

« Ces accidents pseudo-phymiques disparaissent souvent d'une façon rapide et complète. Mais ils sont susceptibles aussi de laisser après eux des traces durables, telles la pneumonie pleurogène, la sclérose chronique interstitielle avec dilatation des bronches.

» Sans aller jusque-là, on peut observer pendant deux ou trois mois, après ces poussées pulmonaires grippales, un état d'infiltration du parenchyme pulmonaire se traduisant par des râles fixes d'assez gros volume, une respiration soufflante, un peu de broncho-phonie et d'exagération des vibrations thoraciques.

» Sous l'influence d'une excellente hygiène et d'un traitement approprié, ces phénomènes peuvent disparaître sans retour. »

FORMES PLEURALES

Les foyers pulmonaires fixés et localisés, consécutifs à la grippe ne siègent pas toujours au sommet et chez l'enfant, où la tuberculose peut siéger en n'importe quel point du poumon : ce fait rend encore plus difficile le diagnostic.

Chez l'enfant aussi, il nous a semblé que les signes physiques de ces foyers, à la base ou à la partie moyenne du poumon, décèlent des altérations pleuro-pulmonaires, touchant surtout la plèvre ; ou tout au moins, dans certains cas, on croit avoir affaire, soit à une pleurésie purulente, soit à une destruction du tissu pulmonaire au niveau de la corticalité.

Nous verrons que parfois, il ne s'agit que de lésions qui doivent être minimales, puisqu'elles vont guérir rapidement, après avoir pourtant prescrit des symptômes pseudo-cavitaires comme s'il existait de vastes destructions parenchymateuses.

Dans d'autres cas, au contraire, à des signes physiques de lésions étendues, correspondent en effet des destructions considérables.

En fait et surtout dans l'une et l'autre de nos

observations, nous verrons que malgré l'apparence et les signes physiques, il ne s'agissait pas de tuberculose.

Nous retrouverons là encore les mêmes arguments cliniques et bactériologiques..

L'examen de ces observations nous montrera donc deux types différents de ces formes pleurales : de même, il nous indiquera l'évolution de ces formes : l'une bénigne, rapidement curable ; l'autre grave amenant des troubles profonds de la santé, des altérations thoraciques et au bout de plusieurs semaines, une terminaison fatale.

OBSERVATION V (Personnelle)

L. B..., sept ans, hôpital Hérold. Salle Josias, n° 5.

Entre le 27 février 1912, pour toux, fièvre. C'est une enfant sujette aux bronchites. Le début de l'affection remonte au 20 février. A cette date, l'enfant a eu de la céphalée, une angine, s'est mise brusquement à tousser, à expectorer des crachats muco-purulents. En même temps, pointe de côté, sueurs, légère dyspnée. Température 38 degrés.

La constatation des symptômes physiques que nous allons voir, fait faire le diagnostic de tuberculose et l'enfant est mise dans la salle qui leur est réservée.

Mais un fait semble extraordinaire. Il n'y a pas un seul bacille dans les crachats.

6 mars. — L'enfant est remise dans la salle commune et on constate les symptômes suivants :

Les signes fonctionnels sont les mêmes.

L'état général est bon : fait extrêmement important et qui donne à réfléchir.

La température est à 38°4. Le pouls à 120 bien frappé.

La langue est sale, porcelainée.

Le pharynx est rouge, luisant, humide. Le nez est enchyfrené.

L'examen de la poitrine montre :

Au poumon droit, en avant, sous la clavicule, diminution de la sonorité.

En arrière, dans la fosse sus-épineuse, submatité, diminution de la respiration. Dans la fosse sous-épineuse, matité. Et à l'auscultation, signes cavitaires ; souffle cavitaire avec râles secs et humides, véritable gargouillement.

Au poumon gauche, diminution de la sonorité dans toute la hauteur du poumon. En avant, diminution du murmure vésiculaire. En arrière, dans la fosse sous-épineuse et à la base du poumon, matité, abolition du murmure, remplacé par un souffle aigre intense avec râles secs et humides. A la toux, véritable gargouillement, pectoriloquie.

L'état général excellent, l'état du pouls, de la langue, le début brusque, la marche des accidents, le fait qu'on est en pleine épidémie de grippe, font écarter le diagnostic de tuberculose et porter celui de grippe pseudo-phymique.

12 mars. — L'expectoration diminue. Toujours pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Même état des voies digestives.

Persistance des mêmes signes physiques au sommet droit. A gauche, les lésions sont plus étendues.

En somme, signes cavitaires très étendus à gauche, un peu

moins à droite, sans réactions générales et fonctionnelles ne rapport : Température 37°8. Pouls 90.

15 mars. — État général toujours bon.

Les zones de matité des deux côtés de la poitrine n'ont pas varié. Les autres signes tendent à s'atténuer. Souffle moins fort, râles humides moins nombreux. Pas de dyspnée. Expectoration presque tarie.

19 mars. — Amélioration. Au poumon droit, matité et respiration rude à la partie moyenne, en arrière. Diminution de l'intensité du souffle. Persistance de quelques râles humides.

Au poumon gauche, au sommet, la matité persiste. Au niveau du foyer de la partie moyenne, râles beaucoup plus secs. Souffle plus localisé. A la base, râles moins nombreux.

20 mars. — Excellent état général. La malade augmente de poids et s'alimente bien.

L'état saburral des voies digestives a presque disparu.

Au poumon droit, rétrocession très marquée des signes physiques. Quelques râles seulement à l'inspiration, et respiration légèrement soufflante. Diminution de la matité.

Au poumon gauche, la matité persiste. Le souffle a diminué d'intensité. Les râles persistent aussi nombreux, mais plus secs.

Température à 37°3. Pouls 80.

28 mars. — Le malade a augmenté de 1 kgr. 400 en un mois. Au poumon droit, quelques râles secs à l'inspiration. Au poumon gauche, grosse amélioration.

30 mars. — L'enfant prend la scarlatine qui évolue normalement.

20 avril. — Disparition complète des signes pulmonaires.

A propos de cette observation, faisons remarquer tout d'abord l'étendue des signes physiques pseudo-cavitaires, bilatéraux qui semblent indiquer des lésions très marquées.

Malgré ces signes physiques, on ne peut conclure à une tuberculose ni à une broncho-pneumonie ; l'état général, en effet, est excellent. L'enfant est en apparente bonne santé. Pas d'amaigrissement. Pas de température. Pas de dyspnée. Pouls normal.

Mais l'enfant a eu la grippe comme le montre l'état de la bouche du pharynx. L'expectoration est abondante. Absence complète de bacille dans les crachats. Tous ces arguments sont en faveur de la grippe.

Il s'agissait probablement, dans ce cas, d'une pleurésie œdémateuse localisée, qui a été signalée depuis longtemps au cours de la grippe par Teissier.

OBSERVATION VI (Personnelle)

C. V..., salle Josias, n° 12, deux ans et demi.

8 décembre. — L'enfant est prise brusquement de céphalée, toux, expectoration. Élévation de température. Sueurs abondantes. Amaigrissement. Engorgement ganglionnaire du cou, qui rétrocede au bout de deux ou trois jours.

11 décembre. — A l'entrée à l'hôpital, la malade est pâle, amaigrie, pesant 8 kgr. 700.

La toux est fréquente, grasse.

La langue est sale, le pharynx rouge. Au poumon gauche, à la base en arrière, et dans la fosse sous-épineuse, matité,

souffle intense, retentissement du cri, frottements pleuraux s'entendant jusque dans l'aisselle.

Donc, congestion pulmonaire avec pleurite localisée à la base gauche.

13 décembre. — Même état général, toux quinteuse du poumon gauche, disparition des frottements. Gros souffle surtout expiratoire.

Au sommet gauche, matité, souffle avec abolition du murmure vésiculaire.

Brusquement est apparu un véritable torticolis. Au bord du sterno-cléido-mastoïdien, à gauche, engorgement ganglionnaire. Abscès ou gomme du sterno : l'enfant est hérédosyphilitique avec bosses frontales, exostose à l'extrémité interne de la clavicule, incurvation du fémur gauche. D'autre part, étant donné les signes physiques pulmonaires, pleurésie probablement bacillaire.

17 décembre. — Malgré ces signes pulmonaires, l'enfant s'alimente. Température à 37°6. Diminution notable de l'adénopathie cervicale.

A l'auscultation de la base gauche : souffle sans râles.

Au sommet gauche, le souffle a disparu. Il existe des râles humides jusque dans la fosse sous-épineuse.

21 décembre. — L'adénopathie cervicale a diminué. Il reste un ou deux ganglions qui semblent fluctuants. La peau à leur niveau est normale et mobile.

30 décembre. — L'abcès ganglionnaire est fluctuant. Pas de pneumocoques, que l'on retrouve par l'examen microscopique.

Intra-dermo-réaction fortement positive.

12 janvier. — Base gauche : matité absolue.

Rétraction de la paroi. Murmure vésiculaire aboli, remplacé par un souffle respiratoire et expiratoire.

Au sommet, en avant, souffle expiratoire et abolition du murmure. En arrière, au sommet, souffle amphorique avec râles crépitants.

27 janvier. — L'abcès du cou se reforme.

Même signes au niveau du poumon.

On pratique une première ponction négative.

Une deuxième donne quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent aseptique.

L'enfant crache toujours du muco-pus, sans bacille de Koch.

9 février. — Mêmes signes pulmonaires.

20 février. — La radiographie montre une très légère obscurité à la base gauche.

8 mars. — A la base gauche, signes cavitaires nets. En avant, dans la fosse sous-claviculaire, souffle aigu, avec râles humides.

Température 37°9.

Depuis le début de sa maladie, l'enfant a augmenté de 800 grammes.

20 mars. — Rougeole.

25 mars. — L'éruption rubéolique s'est faite normalement, persistant huit jours pleins.

Les symptômes pulmonaires se sont légèrement améliorés mais persistent.

Nouvelle poussée de trois ou quatre furoncles au niveau de l'épaule gauche. Ils guérissent rapidement. L'état général est meilleur.

28 mars. — Mauvais état général. Le ganglion du cou n'a pas changé, mais le tissu cellulaire s'enflamme autour du

ganglion. Une plaque de gangrène cutanée apparaît au niveau du bord supérieur de l'acromion.

De plus, la rougeole a déterminé une broncho-pneumonie de la base droite.

Les autres localisations pulmonaires persistent.

L'examen des crachats est encore négatif.

29 mars. — Dans la fosse sous-claviculaire gauche, souffle persiste avec râles humides.

En arrière, souffle et râles.

2 avril. — Les symptômes de broncho-pneumonie persistent à la base droite.

A gauche, les signes n'en se modifient pas.

6 avril. — Un ou deux vomissements.

13 avril. — Quelques symptômes sous la clavicule à gauche font croire à un pneumo-thorax partiel. L'état général est très mauvais.

16 avril. — L'enfant meurt.

Autopsie. — A l'ouverture de la cage thoracique, pas de pneumo-thorax.

Le poumon gauche est rétracté. Il existe des adhérences entre le poumon et la paroi, entre le poumon et le diaphragme et surtout entre le poumon, le péricarde et les organes du médiastin.

Au milieu de ces adhérences et bridées par la plaie épaissie, des poches déçus, l'une plus ancienne au niveau du quatrième espace intercostal gauche, une entre le diaphragme et la plèvre diaphragmatique, enfin une en plein médiastin du deuxième au cinquième espace intercostal.

A la coupe du poumon, pas trace de tuberculose. : Lésions

de pneumonie chronique avec rétraction des deux lobes du poumon, serrés entre la plèvre très épaissie.

Soudure de la scissure horizontale.

Au niveau de la corticalité du tissu pulmonaire, petits abcès multiples avec pus concrété. De même, au niveau de la scissure interlobaire. Devant la trachée, quelques ganglions rouges volumineux non caséux.

En somme, lésions étendues de pneumonie chronique, avec suppuration de certains points du poumon et réaction pleurale secondaire marquée.

Au poumon droit en arrière, broncho-pneumonie récente avec pleurite. Quelques fausses membranes. Au niveau du foie et de la rate, pas trace de tuberculose. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, non caséux.

Les résultats de l'autopsie ont donc nettement confirmé le diagnostic. Pas de tuberculose et pourtant, les symptômes physiques et surtout l'évolution auraient dû, semble-t-il, faire porter ce diagnostic.

Les examens de laboratoire, dus à l'obligeance du Dr Cléret, sont également venus prouver qu'il ne s'agissait pas de tuberculose.

L'inoculation du caséum contenu dans les abcès pulmonaires a été faite au cobaye le 18 avril. Le 22, le cobaye meurt avec un phlegmon diffus de la paroi. Le pus de ce phlegmon contenait du pneumocoque.

L'examen histologique du poumon a été pratiqué, les pièces fixées au Bouin, incluses à la paraffine. Au microscope, lésions typiques de pneumonie chronique.

Les alvéoles sont élargis, remplis d'un exsudat fibrineux, avec infiltration diffuse de la série lymphoïde avec grands mononucléaires et quelques polynucléaires.

Ni cellules géantes, ni follicules tuberculeux.

Les bronches sont comblées par un exsudat fibrineux contenant de nombreux leucocytes.

De place en place, l'infiltration leucocytaire s'agmine en abcès miliaires.

Les vaisseaux sont normaux.

Il existe une sclérose péri-vasculaire intense. Des travées fibreuses réunissent ces anneaux péri-vasculaires entre eux. Certaines vont jusqu'à la plèvre, sclérosée et épaissie, divisant le parenchyme pulmonaire en lobules.

On est donc en présence d'une sclérose pulmonaire intense que l'on peut rapprocher de certaines scléroses hépatiques biveineuses.

L'examen histologique d'un ganglion trachéo-bronchique ne décèle aucune trace de tuberculose.

A propos, de cette observation, quelques remarques doivent être faites.

Dans le cas particulier, les recherches de laboratoire ont été fort utiles pour éliminer le diagnostic de tuberculose. Aucun bacille de Koch, ni dans les crachats, ni dans l'abcès du cou, ni dans le liquide de la ponction.

Et au contraire, présence de pneumocoques et de streptocoques dans le pus. Cela n'est pas fait pour

nous étonner, si l'on se rappelle la fréquence de ces associations microbiennes au cours de la grippe.

L'intra-dermo-réaction a été fortement positive. Mais l'on sait que s'il s'était agi de tuberculose étant données la malignité de l'affection et l'étendue des lésions, la rapidité de l'évolution, nous aurions probablement eu une intra-dermo-réaction très légèrement positive. La présence d'une intra-dermo-réaction n'est pas, il s'en faut, une preuve de tuberculose.

Si l'on s'en tient à la clinique, cette observation nous permet de faire quelques remarques intéressantes.

Nous avons vu que notre petite malade avait fait divers abcès au niveau de la peau. Il semble que ce soit là encore une signature assez particulière de la grippe. Déjà à propos d'une autre observation, nous avons signalé le fait. Et depuis, nous avons eu l'occasion de voir chez bon nombre de malades ayant eu la grippe, de ces poussées de furonculose.

C'est un fait qui nous a frappé. Dans la tuberculose, cette participation de la peau, au cours des manifestations pleuro-pulmonaires, est chose exceptionnelle.

Enfin, la participation des ganglions est-elle aussi à noter.

Dans la tuberculose, il existe des ganglions cervicaux surtout, souvent en rapport avec les lésions pleuro-pulmonaires. Nous n'avons pas à insister sur l'évolution et le caractère de ces adénopathies.

Dans la grippe, l'évolution de ces adénopathies est toute différente. Il serait fort intéressant de faire une étude à ce sujet. En tous cas, cliniquement, ces adénopathies deviennent parfois un problème clinique difficile.

Nulle part, ailleurs, on ne retrouve aussi typique la fièvre ganglionnaire. L'observation de notre dernière malade est précieuse à ce point de vue.

En même temps que l'on constate, le 20 décembre, les signes cavitaires, un véritable torticollis apparaît, dû à une tuméfaction dure indolore au bord du sterno-cléido-mastoïdien.

Brusquement, le lendemain, l'adénopathie augmente rapidement et devient fluctuante. Après une ponction, tout semble rentrer dans l'ordre.

Nous avons eu l'occasion de voir d'autres malades atteints de grippe et chez qui est apparue brusquement cette même inflammation ganglionnaire.

Dans certains cas, aux premiers jours de la grippe, une tuméfaction apparaît brusquement. Le cou de l'enfant devient volumineux. La famille s'alarme. Puis brusquement, un ou deux jours plus tard, tout disparaît. Après une huitaine, on ne retrouve même plus le ganglion à la palpation.

Plus fréquemment, le ganglion va suppurer. Parfois une simple ponction suffira à amener la guérison.

Parfois aussi l'ouverture se fait à la peau. C'est une suppuration chaude qui se tarie rapidement.

Nous sommes loin des adénopathies tuberculeuses

si torpides dans leur évolution, si longues et si difficiles à guérir.

Enfin, nous ne reviendrons pas à propos de notre dernière observation sur ce que nous avons dit de l'évolution clinique de ces formes de grippe pseudo-phymiques et sur les différents symptômes qui militent en faveur de l'origine grippale de telles lésions.

Malgré tous les arguments qui permettent d'établir un diagnostic exact de la grippe pseudo-thymique, dans certains cas, le diagnostic ne peut être fait, et ce n'est qu'à l'autopsie que l'on retrouve les lésions de pneumonie chronique avec réaction pleurale que nous avons vue dans la dernière observation.

CONCLUSIONS

Il existe au cours de la grippe des foyers pleuro-pulmonaires fixés et localisés qui simulent la tuberculose : ce sont les formes pseudo-phymiques de la grippe.

Ces foyers pleuro-pulmonaires sont variables.

Les uns, s'accompagnant de phénomènes généraux et fonctionnels, simulent la tuberculose pulmonaire aiguë.

Les autres, évoluant d'une façon plus torpide, donnent lieu à un tableau clinique qui ressemble à celui de la tuberculose chronique.

Ces deux formes constituant ce que nous appellerons les formes pulmonaires.

Dans certains cas, surtout chez l'enfant, on a affaire à des formes pleurales, avec signes pseudo-cavitaires ; sans lésions profondes du poumon ou à de véritables pneumonies chroniques avec réactions pleurales pseudo-tuberculeuses.

Ces différentes formes de grippe pseudo-phymiques ne sauraient être confondues avec les pneumonies,

broncho-pneumonies qui peuvent compliquer la grippe.

Le diagnostic de la nature non tuberculeuse de ces lésions repose sur la clinique et le laboratoire.

L'examen de crachats ne décèle pas de bacilles de Koch, et la présence même de quelques bacilles n'affirmerait pas la nature tuberculeuse de ces lésions, le malade pouvant être déjà tuberculeux et présenter accessoirement un foyer grippal.

Le diagnostic clinique repose, avant tout, sur le bon état général des malades, sur la coexistence d'autres signes de grippe, sur l'existence d'une épidémie, sur les caractères particuliers de l'expectoration abondante et de courte durée, sur la présence de manifestations cutanées et ganglionnaires assez particulières.

Dans les formes pleurales, certains foyers donnent lieu à des symptômes pseudo-cavitaires, disparaissant rapidement, et sans doute liés à une pleurésie œdémateuse localisée, comme l'a signalé Teissier.

Les autres donnent de véritables signes de pneumonie chronique avec symptômes de pleurésies purulentes, stimulant la tuberculose. Ce sont des pneumonies chroniques, avec induration et sclérose massive du poumon et réaction pleurale intense. Dans ces cas, l'état général est profondément atteint et la terminaison de l'affection est fatale.

Les observations de ces faits de grippe pseudo-phymique sont rares. Mais peut-être sont-ils moins qu'on ne le pense. Et pour notre part, il nous

semble que, au cours de grandes épidémies de grippe, si l'on n'attribue à la tuberculose un si grand nombre de décès, c'est que l'on connaissait mal ces formes de la grippe qui simulent à s'y méprendre la tuberculose pulmonaire.

Vu : le Président de thèse,

CH. ACHARD

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Vice-Recteur,

l'Inspecteur d'Académie,

ISTRIA

BIBLIOGRAPHIE

- TEISSIER. — Grippe-influenza, 1893.
- LEGENDRE. — Sur quelques points particuliers de l'évolution de la grippe épidermique (Gaz. Hôp. Paris, 1905, 1295-1301).
- Revue de Pharmacologie médicale. Paris, 4 novembre 1906, 45. 1. 17.
- RICHARDIÈRE. — Contribution à l'étude de l'expectoration dans la grippe à forme thoracique (Union médicale. Paris, 1893, 41, 61-65).
- PARISOT. — La Grippe à Nancy en 1889-1890, et la mortalité au p pulmonaire. Société de médecine de Nancy, 1890, p. 61.
- MANGENOT. — Déterminations pleurales de la grippe. Lyon, 1892-1893).
- MARFAN. — De la Phtisie pulmonaire (Tr. de méd.).
- BARBIER. — Tuberculose (Tr. de méd.).
- HENRY. — Fièvre ganglionnaire d'origine grippale (Normandie médicale. Rouen, 1908, 302-306).
- GUNBERT (H.). — De Quelques manifestations cutanées au cours de la période aiguë de la grippe (Prov. médicale. Paris, 1909, 493-496).
- LECLERC (R.). — Réflexions cliniques sur la grippe (Bull. Soc. méd. des Hôp., 1909, 1243-1267).
- GAUBET. — Des Localisations thoraciques de la grippe (Arch. méd. de Toulouse, 1895, 469).
- EGGER. — Thèse de Lyon, 1894.

